

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ENFERMAGEM

CRISLANE NUNES RIBEIRO
GABRIEL WICHINHESKI NAZÁRIO

O ENFRENTAMENTO DO ADOLESCENTE E JOVEM ADULTO SOBRE O
DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO I

CRICIÚMA
2018

CRISLANE NUNES RIBEIRO
GABRIEL WICHINHESKI NAZÁRIO

**O ENFRENTAMENTO DO ADOLESCENTE E JOVEM ADULTO SOBRE O
DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO I**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
para obtenção do grau de enfermeiro no Curso
de Enfermagem da Universidade do Extremo
Sul Catarinense, UNESC.

Orientador (a): Prof.^a Sônia Maria Correa

CRICIÚMA
2018

CRISLANE NUNES RIBEIRO
GABRIEL WICHINHESKI NAZÁRIO

**O ENFRENTAMENTO DO ADOLESCENTE E JOVEM ADULTO SOBRE O
DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO I**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado
pela Banca Examinadora para obtenção do
Grau de Enfermeiro, no Curso de Graduação
em Enfermagem da Universidade do Extremo
Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, 05 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Sonia Maria Correa - Especialista - (UNESC)- Orientadora


Prof.^a Paula Ioppi Zugno - Mestre - (UNESC)


Prof.^a Liliana Maria Dimer - Mestranda - (UNESC)

RESUMO

O diabetes mellitus é um conjunto de distúrbios metabólicos, que possuem como característica principal a hiperglicemia. A causa da hiperglicemia pode ser o resultado de um defeito na secreção da insulina, ou na ação da insulina, ou por ambos motivos. Estudo com objetivo de identificar o enfrentamento do adolescente e jovem adulto sobre o diagnóstico de diabetes mellitus I. Buscou-se compreender como é a percepção que o adolescente e jovem adulto tem sobre a diabetes mellitus especificamente a respeito do tipo I. Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. O estudo foi realizado em um município do sul de Santa Catarina. No estudo foi aplicada entrevistas semi estruturada, com dez frequentadores do programa de auto monitoramento glicêmico capilar. A análise dos dados foi realizada a partir da análise do conteúdo, categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Adolescente. Enfermagem.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a group of metabolic disorders, whose main characteristic is hyperglycemia. The cause of hyperglycemia may be the result of a defect in insulin secretion, or in the action of insulin, or both. This study aimed to identify the confrontation of the adolescent and young adult on the diagnosis of diabetes mellitus I. It was sought to understand how is the perception that the adolescent and Young adult has on diabetes mellitus specifically regarding type I. Research qualitative approach, descriptive and exploratory. The study was carried out in a municipality in the south of Santa Catarina. In the study, semi structured interviews were applied, with ten participants of the capillary glycemic self monitoring program. The analysis of the data was performed from the analysis of the content, categorization of the data, through ordering, classification and final analysis of the data surveyed

Keywords: Diabetes mellitus. Teenager. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil dos entrevistados	26
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DM: Diabetes mellitus;

HbA1c: Hemoglobina glicada;

HGT: Hemoglicoteste;

PAMGC: Programa de Automonitoramento Glicêmico Capilar;

SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 DIABETES MELLITUS.....	13
2.1.1 Diabetes mellitus tipo I	13
2.1.2 Patogênese e o processo natural do diabetes mellitus tipo I	15
2.2 TERAPIA COM INSULINA.....	17
2.3 IMPACTO QUE O DIABETES MELLITUS CAUSA NA QUALIDADE DE VIDA DO SUJEITO	18
2.4 PAMGC - PROGRAMA DE AUTO MONITORAMENTO GLICÊMICO CAPILAR .	19
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	21
3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA	21
3.2 TIPO DE PESQUISA	21
3.3 LOCAL DE ESTUDO	21
3.4 SUJEITOS DO ESTUDO	22
3.4.1 Critério de inclusão.....	22
3.4.2 Critério de exclusão	22
3.5 PROCEDIMENTO DE LEVANTAMENTO DE DADOS	22
3.6 ANÁLISE DE DADOS	23
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	23
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	25
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	26
4.1.1 Categoria 1 - Conhecimento do entrevistado sobre a diabetes mellitus tipo I.....	26
4.1.2 Categoria 2 - Reação e o impacto do diagnóstico da diabetes mellitus....	28
4.1.3 Categoria 3 - Caracterização da adesão ao tratamento dos entrevistados	31
4.1.4 Categoria 4 - Dificuldades encontradas para a manutenção do tratamento	32
4.1.5 Categoria 5 - Caracterização do apoio familiar para o enfrentamento da diabetes mellitus tipo I segundo o entrevistado	34
4.1.6 Categoria 6 - Mudanças na qualidade de vida devido ao diagnóstico de diabetes mellitus tipo I.....	36

4.1.7 Categoria 7 - Dúvidas referente ao tema	37
4.1.8 Categoria 8 - Orientações de enfermagem recebidas após o diagnóstico de diabetes mellitus tipo I.....	38
4.1.9 Categoria 9 - Sugestões ao programa de automonitoramento glicêmico capilar (PAMGC)	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE (S)	47
APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS FREQUENTADORES DO PAMGC.....	48
APÊNDICE B - TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	49

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Kumar et al. (2010, p.1139):

O diabetes mellitus é um conjunto de distúrbios metabólicos, que possuem como característica principal a hiperglicemia. A causa da hiperglicemia pode ser o resultado de um defeito na secreção da insulina, ou na ação da insulina, ou por ambos motivos.

A diabetes mellitus (DM) pode alterar a qualidade de vida da pessoa que possui seu diagnóstico, pois, a forma de tratamento da doença resulta em mudanças em seu estilo de vida e de seus familiares, para que seja possível manter os parâmetros metabólicos em equilíbrio. É preciso que o paciente assuma uma dieta restrita, realize atividades físicas, insulina aplicada por via subcutânea e consultar o endocrinologista para adequar as doses. Esses novos hábitos podem gerar alterações na saúde emocional do indivíduo (QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009).

A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes, inclui quatro classes clínicas: Diabetes Mellitus tipo I, diabetes Mellitus tipo II, outros tipos específicos de diabetes Mellitus e diabetes Mellitus gestacional (SBD, 2017).

Segundo Kumaret al (2010, p.1139), “o diabetes tipo I é uma doença autoimune caracterizada pela destruição das células beta e uma deficiência de insulina.”

“O diabetes mellitus Tipo IA, é confirmado com a presença de um ou mais autoanticorpos. Embora sua fisiopatologia não seja totalmente conhecida, envolve, além da predisposição genética, fatores ambientais que desencadeiam a resposta autoimune.” (SBD, 2017, p.19).

“A denominação 1B, ou idiopático, é atribuída aos casos de diabetes mellitus tipo IB nos quais os autoanticorpos não são detectáveis na circulação. Apresenta a necessidade precoce de insulino terapia plena. (SBD, 2017, p.19).”

O Diabetes Mellitus tipo II trata-se uma deficiência relativa de insulina, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção. Após o diagnóstico, o DM tipo II pode evoluir muito até ser necessário o uso de insulina subcutânea (BRASIL, 2013).

Os outros tipos específicos de diabetes mellitus são as formas menos comuns de DM. Podem possuir causas variadas como defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina e doenças do pâncreas exócrino (ADA, 2010).

O diabetes gestacional é um estado de hiperglicemia, menos severo que o diabetes tipo I e 2, detectado pela primeira vez na gravidez. Geralmente se resolve no período pós-parto e pode frequentemente retornar anos depois (ADA, 2010).

Como este estudo tem como população adolescente e jovens adultos faz se necessário esclarecer estas fases. Compreende-se que de 10 a 24 anos é a fase entre a adolescência e juventude, classificando como adolescentes de 10 a 14 anos, adolescentes jovens de 15 a 19 anos e adultos jovens de 20 a 24 anos a adolescência é a fase entre infância e idade adulta (BRASIL, 2007).

Segundo Davim et al. (2009) a adolescência é um período de muitas mudanças, as quais se dão devido as transformações biológicas, iniciando desde a puberdade e relacionado também a maturidade biopsicossocial, muitos desses dilemas enfrentados pelo adolescente são relevantes ao próprio desenvolvimento, o mesmo autor também afirma que a adolescência é uma fase que se caracteriza por um período de grande vulnerabilidade física, psicológica e social pelas grandes modificações mentais, emocionais e físicas gerando assim, grandes conflitos internos para o mesmo e exigindo que tanto a família e profissionais da saúde deem uma atenção especial para esse adolescente e que evite danos e agravos à saúde.

Knobel introduziu a noção de “síndrome normal da adolescência”, caracterizada por uma sintomatologia que inclui: 1) busca de si mesmo e da identidade; 2) tendência grupal; 3) necessidade de intelectualizar e fantasiar; 4) crises religiosas, que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso; 5) deslocalização temporal, em que o pensamento adquire as características de pensamento primário; 6) evolução sexual manifesta, desde o autoerotismo até a heterossexualidade genital adulta; 7) atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversa intensidade; 8) contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida; 9) uma separação progressiva dos pais; e 10) constantes flutuações de humor e do estado de ânimo. (BOCK, 2007, p.64).

De acordo com Greco-Soares e Dell’aglio (2016, p.160):

Para o adolescente o controle da glicemia fica mais difícil por causa de todas as mudanças metabólicas que ocorrem nesse período, as oscilações

hormonais dificultam muito a estabilização da glicemia, exigindo assim um maior rigor para o controle da mesma e uma atenção maior no autocuidado do mesmo para a aplicação das doses de insulina.

Quando o DM surge na adolescência, o indivíduo, além de ter que lidar com os conflitos inerentes à idade, precisa aprender a lidar com a doença, o que é uma tarefa extremamente difícil por requerer do adolescente disciplina e mudança de hábitos. Assim, a necessidade de mudar seu estilo de vida afeta sua condição física, emocional, social e, portanto, sua QV. (DAMIÃO; PINTO, 2007, p.974).

A hiperglicemia persistente demonstra ser a principal causa das complicações em longo prazo do diabetes, apesar de ser multifatorial sua patogenia. Com controle rigoroso do diabetes, o início dessas alterações no funcionamento do organismo pode ser reduzido e adiado (KUMAR et al., 2010).

Segundo Kumar et al.(2010), lesões envolvendo as artérias musculares de médio e de grande calibre e disfunções em órgãos-alvos são resultados de complicações graves de indivíduos com diabetes prolongado. Probabilidade de infarto agudo do miocárdio e necrose de extremidades inferiores é provocada pela doença macrovascular, já a doença microvascular pode provocar lesões na retina, rins e nervos periféricos.

Diabetes mellitus é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, IDF) estimou que 8,8% (intervalo de confiança [IC] de 95%: 7,2 a 11,4) da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) vivia com diabetes. Se as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 642 milhões em 2040. Cerca de 75% dos casos são de países em desenvolvimento, nos quais deverá ocorrer o maior aumento dos casos de diabetes nas próximas décadas. (SBD, 2018, p.12).

Estima-se para 2025 que o DM atingirá 5,4% da população adulta no mundo. Em 1997 a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que após 15 anos com a doença 2% dos diabéticos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Também neste mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20% de nefropatia, 20 a 35% de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

Dada várias ocorrências que a DM pode causar na vida de um indivíduo, pode-se também ressaltar um grande impacto na qualidade de vida, referente a dor, estresse, diminuição da sua produtividade (BRASIL, 2006a).

Devido a pouca idade seja de adolescentes e adultos jovens o despreparo psicológico para lidar com todo o comprometimento que a DM requer é esperado em maioria dos casos, além de todas as mudanças hormonais que esta fase ocorre, gerando toda uma instabilidade glicêmica. Existe também um medo dos sujeitos relacionado ao medo e dúvida do que a DM pode acarretar. (MINANNI et al. 2010, p.48.)

O interesse em desenvolver o estudo com adolescentes e jovens adultos no enfrentamento do diagnóstico de diabetes mellitus tipo I, veio a partir das atividades teóricas práticas curriculares acadêmicas, em que se observaram algumas dificuldades no enfrentamento do diagnóstico e do tratamento da doença, essas adversidades, acabam resultando em grandes complicações futuras e inconvenientes.

Abordando essas questões, torna-se pertinente buscar compreender qual é a percepção que adolescente/jovem adulto tem sobre a diabetes mellitus especificamente a respeito do tipo I. Torna-se também válido o conhecimento desde o diagnóstico, adesão ao tratamento, impacto na qualidade de vida e a vivência com a diabetes mellitus tipo I.

Na referida pesquisa elencou-se os seguintes pressupostos:

- ✓ Ocorre impacto psicológico no adolescente e adulto jovem, causado pelo diagnóstico e tratamento da diabetes mellitus tipo I;
- ✓ Existe falta de recursos financeiros por parte dos entrevistados para a manutenção do tratamento;
- ✓ A Compreensão das mudanças provocadas pela doença a partir de seu diagnóstico pode melhorar a adesão ao tratamento;
- ✓ As orientações de enfermagem prestadas ao adolescente e adulto jovem são essenciais para adaptação ao processo de tratamento.

O objetivo geral da pesquisa tem como finalidade identificar o enfrentamento do adolescente e jovem adulto no diagnóstico de diabetes mellitus tipo I.

Especificaram-se a partir do objetivo geral, os objetivos específicos:

- ✓ Identificar o perfil dos sujeitos pesquisados;
- ✓ Identificar como o adolescente e o jovem adulto reagiram no diagnóstico;
- ✓ Conhecer a adesão ao tratamento da diabetes mellitus I;

- ✓ Conhecer as dificuldades para a manutenção do tratamento;
- ✓ Reconhecer as mudanças na qualidade de vida decorrentes da DM I;
- ✓ Conhecer as orientações de enfermagem recebidas no diagnóstico.

Na revisão de literatura realizou-se um levantamento bibliográfico sobre: Diabetes mellitus, Diabetes mellitus tipo I, Patogênese e o processo natural do diabetes mellitus tipo I, Terapia com insulina, Impacto que o diabetes mellitus causa na qualidade de vida do sujeito, e PAMGC - Programa de auto monitoramento glicêmico capilar.

Nos procedimentos metodológicos abordaram-se os aspectos éticos, tipo de pesquisa, sujeito e local de estudo, levantamento de dados e procedimento para análise e interpretação dos dados.

Nos resultados apresentaram-se a análise da entrevista semiestruturada com o levantamento do perfil dos entrevistados e as categorias advindas da pesquisa.

E no último capítulo as considerações finais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DIABETES MELLITUS

“O diabetes mellitus caracteriza-se por hiperglicemia crônica, com distúrbios do metabolismo intermediário dos carboidratos, lipídios e proteínas, que está associada as complicações crônicas” (NÓBREGA, 2007, p.509).

Trata-se de uma doença crônica, multisistêmica que resulta em complicações micro e macrovasculares, responsáveis por significantes valores de mortalidade e morbidade. O progresso da doença pode ser minimizado com o rastreamento de possíveis complicações e controle dos índices glicêmicos(FREITAS et al., 2014).

“O diabetes mellitus é um problema crescente de saúde pública, estando associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevida dos indivíduos”(KUMAR et al., 2010, p.1139).

O aumento da população idosa, da urbanização e industrialização, da inatividade física, da obesidade e da sobrevida dos diabéticos tem como consequência o aumento da prevalência e da incidência da doença(FREITAS; PY, 2016).

Segundo Kumar et al.(2010, p.1139),“o diabetes é a principal causa de complicações renais, deficiência visual em adultos, e amputações não traumáticas nas extremidades inferiores.”

“Medidas de prevenção, como a adoção de estilo de vida saudável, incluindo dieta balanceada e atividades físicas, são resolutivas para evitar as complicações da doença” (NÓBREGA, 2007, p.509).

2.1.1 Diabetes mellitus tipo I

Segundo o caderno de Atenção Básica de nº36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica como Diabetes Mellitus:

O termo “tipo I” indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune (tipo I autoimune ou tipo IA), que pode ser detectado por auto anticorpos circulantes como

antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), antiilhotas e anti-insulina. (BRASIL, 2013, p.29).

O Diabetes Mellitus tipo I diagnosticado normalmente na infância e adolescência pelo fato de as células beta (β) pancreáticas serem destruídas. Quando a doença é descoberta, normalmente resta cerca de 15 % de células betas saudáveis, o que pode resultar em desenvolvimento de cetoacidose e coma, já que o controle metabólico da secreção de insulina está prejudicado (FREITAS; PY, 2016).

A destruição das células beta pancreáticas ocorre de maneira prolongada durante meses ou anos. A doença é um distúrbio catabólico, no qual a insulina circulante está praticamente ausente, o glucagon plasmático está elevado e as células beta não respondem a todos os estímulos insulinogênicos conhecidos. (GARDNER; SHOBACK, 2013, p.587).

“Na ausência de insulina, os três principais tecidos-alvo da insulina (fígado, músculo e gordura) falham ao captar os nutrientes absorvidos, e ainda continuam a fornecer glicose, aminoácidos e ácidos graxos para a corrente sanguínea” (GARDNER; SHOBACK, 2013, p.587).

Pacientes com diabetes tipo I possuem anticorpos circulantes contra as proteínas das células beta. Esses anticorpos podem ser detectados antes de ocorrer o aumento da glicose na corrente sanguínea, o que pode prever um diagnóstico de diabetes tipo 1. Os anticorpos contra as proteínas das células beta, não provocam a destruição dessas, já que responsável pela sua destruição são linfócitos T que infiltram as ilhotas de Langerhans e destroem as células beta. (GARDNER; SHOBACK, 2013, p.588).

“Alguns fatores ambientais podem influenciar nos casos de diabetes tipo I, pois a maioria dos indivíduos não possuem familiares com a doença. Esses fatores podem ser vírus, agentes tóxicos, e outras citotoxinas”(GARDNER; SHOBACK, 2013, p.589).

A suscetibilidade genética para diabetes mellitus tipo I nos pais de uma criança com diabetes é estimada em 3%. Embora exista um grande componente genético do tipo I, 85% dos pacientes com a doença, recentemente diagnosticados não tinham um membro da família com esse tipo de doença. Portanto, somente com histórico familiar, não é possível prever o desenvolvimento da patologia no futuro (KLIEGMAN et al., 2014).

O tipo I aparece geralmente na infância ou adolescência, mas pode ocorrer na fase adulta, em geral, antes do 30 anos. (FREITAS; PY, 2016).

Existe o diabetes autoimune latente do adulto (LADA), que trata-se do desenvolvimento do diabetes tipo I, em qualquer idade. No início na manifestação da doença esses indivíduos podem manter a função suficiente das células beta, mas assim que o número de dessas células vão diminuindo, tornam-se insulínod dependentes. (GARDNER; SHOBACK, 2013, p.588).

Segundo Gardner e Shoback (2013, p.590), “a amamentação no primeiro semestre de vida, possui uma relação com a proteção do diabetes tipo I, já que o leite materno pode reduzir o risco de doenças autoimunes.”

O aleitamento materno pode diminuir o risco de diabetes mellitus tipo I diretamente ou por atraso na exposição a proteína do leite de vaca. O início do consumo de leite de vaca e glúten nos primeiros meses de vida, têm sido fatores consideráveis ao desenvolvimento de autoimunidade (KLIEGMAN et al., 2014).

2.1.2 Patogênese e o processo natural do diabetes mellitus tipo I

O pâncreas é dividido em exócrino e endócrino. O pâncreas exócrino é responsável pela produção de enzimas que participam do processo de absorção dos alimentos e leva essas enzimas ao lúmen do duodeno. O endócrino modula aspectos da nutrição celular, na taxa de absorção de gêneros alimentícios até o armazenamento celular ou do metabolismo de nutrientes. A diabetes mellitus é a doença provocada pelas disfunções do pâncreas endócrino (GARDNER; SHOBACK, 2013).

A insulina é um hormônio peptídeo secretado pelo pâncreas como resposta ao aumento dos níveis de glicose na circulação. Após ser secretada, a insulina vai para o fígado, no qual promove o armazenamento da glicose como glicogênio e reduz a neoglicogênese, reduzindo a produção hepática de glicose. Na circulação geral, a insulina se liga a receptores específicos, resultando no transporte de glicose na célula. Na insulino resistência, há a diminuição da ação da insulina endógena em seus tecidos-alvos, como no fígado, músculo e tecido adiposo. (FREITAS; PY, 2016, p.846).

O pâncreas secreta aproximadamente 30 unidades de insulina por dia na circulação portal de adultos saudáveis. A concentração basal de insulina no sangue

periférico em jejum é em média, 10 μ U/ml. Após refeições padrões os valores de insulina raramente ultrapassam de 100 μ U/ml (GARDNER; SHOBACK, 2013).

“Após a ingestão alimentar a concentração periférica de insulina aumenta em 8 a 10 minutos, atinge picos de concentração em 30 a 45 minutos, e diminui rapidamente a valores basais em 90 a 120 minutos pós-prandialmente”. As refeições ingeridas fornecem os principais estímulos para a secreção de insulina, sendo a glicose o estimulante mais potente. Quando a concentração de glicose aumenta rapidamente, ocorre a liberação inicial de curta duração de insulina, se a elevação de glicose persistir, a liberação de insulina cai gradualmente até se elevar a um nível constante. A ligação da insulina com um receptor ocorre na membrana da célula alvo dando início a sua ação. A maioria dos tecidos possuem receptores insulínicos específicos em sua membrana celular. Quantidades picomolares de insulina chegam até a célula graças a uma afinidade alta e elevada especificidade desses receptores. (GARDNER; SHOBACK, 2013).

No funcionamento normal do pâncreas endócrino ocorrem oscilações regulares entre o estado anabólico pós-prandial com a insulina alta e o estado catabólico em jejum com a insulina baixa, que afeta o fígado, músculo e o tecido adiposo. (KLIEGMAN et al., 2014).

Kliegman et al. (2014, p.1973) ao abordar sobre a fisiopatologia das doenças destaca:

O diabetes mellitus tipo I é um estado catabólico progressivo com baixa insulina, sem reversão pela alimentação, que em vez disso, piora o processo catabólico. Com a insulinopenia moderada, a utilização de glicose pelos músculos e gordura diminui e aparece hiperglicemia pós-prandial. Com níveis ainda mais baixos o fígado produz glicose excessiva por meio de glicogenólise e gliconeogênese, e começa a hiperglicemia em jejum.

À medida que se desenvolve o diabetes, os sintomas aumentam firmemente, ocasionando a diminuição de massa de células β , piora da insulinopenia, hiperglicemia progressiva e eventual cetoacidose. O progresso da destruição das células β é mais agressivo e acontece com maior intensidade em crianças jovens, já em adolescentes, a evolução do comprometimento funcional das células β é mais prolongada, podendo demorar meses. (KLIEGMAN et al., 2014).

2.2 TERAPIA COM INSULINA

Pessoas diagnosticadas com diabetes mellitus tipo I, necessitam da reposição de insulina para a manutenção do organismo. A insulina farmacológica é administrada por via subcutânea. Diversos fatores influenciam a dose de insulina diária inicial por quilograma de peso corporal. Uma dose eficaz só será determinada com frequentes glicemias auto monitorada e ajuste da quantidade de insulina. Em alguns meses as funções das células β desaparecem, e isso ocasiona um aumento das necessidades de insulina e excursões mais amplas da glicose.(KLIEGMAN et al., 2014).

O objetivo da insulino terapia por via subcutânea é reproduzir a secreção fisiológica normal de insulina e repor a insulina basal noturna, em jejum e entre as refeições e também a insulina prandial (durante as refeições). Um controle aceitável da glicose pode ser feito com insulina de fundo de início lento e longa duração, para controle da glicose entre as refeições e insulina de início rápido a cada refeição. Existem alguns tipos de insulina injetáveis como as de ação ultra-rápida com início muito rápido e duração curta; de ação curta com início rápido; de ação intermediária; e de ação longa com início lento (KATZUNG; MASTERS; TREVOR, 2014, p.747).

Fazem parte do grupo das insulinas de ação ultra-rápidas, a lispro, a asparte e a glulisina. Elas permitem uma reposição prandial mais fisiológica, pelo fato de ter início rápido de ação e ação máxima precoce. Podem ser administradas logo antes das refeições, sem comprometer o controle da glicose. Por possuir uma ação que normalmente não ultrapasse de 4 a 5 horas, diminui o risco de hipoglicemia pós-prandial. A insulina regular é de ação curta, é zíncica cristalina solúvel, é produzida a partir de recombinação de DNA para formar uma molécula idêntica à insulina humana. Deve ser injetada 30 a 45 minutos antes das refeições e seu efeito ocorre após 30 minutos de sua injeção subcutânea, e pode durar de 5 a 8 horas no organismo. (KATZUNG; MASTERS; TREVOR, 2014).

O grupo das insulinas de ação intermediária e de ação longa é formado pela insulina NPH, glargina e insulina detemir. A insulina NPH possui combinação de insulina e protamina em quantidades apropriadas, o que retarda o início da ação e absorção. Sua ação pode levar de 2 a 5 horas para iniciar após a injeção e sua duração pode chegar de 4 a 12 horas. A glargina é um análogo de insulina de ação

longa, solúvel e possui um amplo platô de concentração plasmática. Seu efeito inicia-se após 1,5 horas de sua injeção e seu efeito pode durar por mais de 24 horas. Recentemente produzida à insulina detemir possui ação longa, tem efeito reproduzível e está associada à menor grau de hipoglicemia comparando com a NPH. Sua ação inicia de 1 a 2 horas após a injeção e sua duração pode passar de 12 horas. As insulinas de ação longa com início lento são chamadas de misturas de insulina. Essas insulinas foram denominadas de NPL (protamina lispro neutra) e NPA (protamina asparte neutra). Possuem a vantagem de permitir associações pré-misturadas de lispro e NPL e de NPA e asparte, demonstrando segurança, já que a administração de insulinas na mesma seringa tem sido até hoje instáveis (KATZUNG; MASTERS; TREVOR, 2014).

2.3 IMPACTO QUE O DIABETES MELLITUS CAUSA NA QUALIDADE DE VIDA DO SUJEITO

O diabetes mellitus tipo I é uma doença endócrino metabólica mais comum na infância e adolescência, com consequências importantes para o desenvolvimento físico e emocional. A necessidade absoluta de insulina exógena, os cuidados com a alimentação, o automonitoramento da glicemia são alterações importantes no estilo de vida do sujeito diagnosticado com a doença. (KLIEGMAN et al., 2014).

As complicações crônicas do diabetes mellitus tipo I, precisam ser avaliadas dentro de suas complexidades, para que a prevenção ocorra já os tratamentos resultam em alterações no estilo de vida, como por exemplo, a prática de exercícios físicos regulares, a necessidade de uma alimentação restrita, realização de exames laboratoriais e consultas médicas com frequência. (SALCI, 2018).

A doença crônica pode perturbar o relacionamento social, o rendimento acadêmico e o comportamento sexual de um adolescente; modifica permanentemente a vida do indivíduo e requer uma constante adaptação. Por outro lado, um jovem com um problema de saúde crônico não deixa de ser um adolescente, com todas as implicações inerentes a este grupo etário. (SANTOS et al., 2011, p.18).

Ocorrem muitas mudanças no período da adolescência, fazendo com que o controle metabólico possa ser mais complicado. Essas mudanças

hormonais dificultam a estabilização da glicemia, e para isso é preciso dedicação no autocuidado. A maturidade emocional, o desenvolvimento físico e cognitivo também sofre por alterações biológicas na adolescência. (GRECO-SOARES; DELL'AGLIO, 2016, p.160).

“Existe a possibilidade de o adolescente desenvolver situações em que apresente estresse, ou outros sintomas emocionais, caso possua dificuldade com o enfrentamento da doença.” (GRECO-SOARES; DELL'AGLIO, 2016, p.160).

“A orientação de uma equipe interdisciplinar pode ajudar a diminuir suas fragilidades frente ao diagnóstico da doença, buscando não só o controle dos índices metabólicos, mas também oferecendo um suporte emocional.”(GRECO-SOARES; DELL'AGLIO, 2016, p.160).

2.4 PAMGC - PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO CAPILAR

O programa funciona na Clínica de Enfermagem de uma universidade do extremo sul catarinense, e atende usuários de insulina, gestantes e pacientes com insuficiência renal grave que precisam de monitoramento da glicemia, no município onde se localiza a universidade.

A lei de Nº 11.347, de 27 de setembro de 2006 dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos (BRASIL, 2006a).

A Portaria nº 2.583, de 2007, trabalha em conjunto com essa lei, pois a mesma define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, aos usuários portadores de diabetes mellitus (BRASIL, 2007).

O PAMGC, disponibiliza de atendimento de enfermagem, seja ele por enfermeiras (os) ou acadêmicas (os) de enfermagem, que devem ser feitos uma vez por mês, em que será realizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem por meio da consulta de enfermagem, contendo o histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, planejamento de cuidados de enfermagem, implementação dos cuidados propostos e avaliação.

Nas consultas de Enfermagem (primeira e subsequentes) deve ser realizado o método OTDPIA: ouvir, tocar, diagnosticar, planejar, intervir e avaliar.

Nas consultas subsequentes: implementação dos cuidados, ou seja, novas intervenções a serem efetuadas no plano de cuidados da pessoa e também a avaliação do estado de saúde da pessoa: descrever pertinência e adequabilidade dos cuidados prescritos e do estado atual da pessoa. Nessas consultas os pacientes também recebem orientações quanto a conservação e aplicação da insulina.

O enfermeiro que faz o atendimento ao paciente agendará o retorno do para nova consulta de enfermagem e recebimento de fitas reagentes, 30 dias após a aquisição do glicosímetro pelo usuário e, mensalmente, a cada 30 dias.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Para Minayo (2009, p.22), “a pesquisa qualitativa trabalha com motivos, crenças valores e atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.”.

A pesquisa qualitativa busca “compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como na perspectiva do próprio pesquisador” (LEOPARDI, 2002, p.119).

3.2 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa do tipo exploratório-descritiva e de campo. A pesquisa exploratório-descritiva tem como finalidade “desenvolver, esclarecer, modificar e aprimorar ideias”; descrevendo as características de determinados fenômenos. São incluídas no grupo de pesquisas descritivas as que têm objetivo de levantar “as opiniões, atitudes e crenças de uma população” (GIL, 2002, p.42).

Pesquisas exploratórias “permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. Consiste em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno” (LEOPARDI, 2002, p.119).

3.3 LOCAL DE ESTUDO

Clinica de Enfermagem de uma universidade do sul catarinense, onde funciona o Programa de Auto Monitoramento Glicêmico Capilar - PAMGC. O serviço de enfermagem faz parte das clínicas integradas da universidade e atende o referido programa devido a uma parceria com a prefeitura, a universidade disponibiliza a estrutura física e os profissionais e acadêmicos para o atendimento desta população específica.

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Fizeram parte deste estudo 10 usuários do PAMGC sendo estes adolescentes e jovem adulto, com uma faixa etária variando de 10 a 24 anos. A princípio tínhamos expectativas de um número maior de participantes, porém foram encontrados alguns obstáculos para realização das entrevistas, estas quais foram a difícil comunicação com os frequentadores, para o agendamento das entrevistas. O presente estudo abordou um público alvo de adolescentes e jovens adultos, em que 10 sujeitos que frequentam o PAMGC, foram entrevistados.

3.4.1 Critério de inclusão

- ✓ Adolescentes e jovens adultos frequentadores do Programa de Automonitoramento Glicêmico - PAMGC;
- ✓ Tempo superior de 06 meses de diagnóstico e tratamento no PAMGC;
- ✓ Pacientes em idade de 10 a 24 anos;
- ✓ Aceitação para participar da Pesquisa segundo Resolução 510/2016;
- ✓ Assinatura do TCLE pelo sujeito da pesquisa ou responsável.

3.4.2 Critério de exclusão

- ✓ Adolescentes e jovens adultos que não participarem do Programa de Automonitoramento Glicêmico - PAMGC no período da pesquisa;
- ✓ Tempo inferior a 06 meses de diagnóstico e tratamento no PAMGC;
- ✓ Pacientes que não se enquadram na idade entre 10 a 24 anos;
- ✓ Não aceitação para participar da pesquisa ou não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.5 PROCEDIMENTO DE LEVANTAMENTO DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação da entrevista semiestruturada para identificar o enfrentamento do adolescente e jovem adulto no diagnóstico de diabetes mellitus I (Apêndice A).

Inicialmente foi solicitada autorização para a realização da pesquisa com

a Diretora do PAMGC e em seguida o projeto de Trabalho de Conclusão de Curso foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, sendo aprovado sob parecer nº2.744.924/2018.

O levantamento dos dados ocorreu nos seguintes momentos:

1º Momento: Reconhecimento do campo de pesquisa.

2º Momento: Realização de seleção intencional dos sujeitos pesquisados.

3º Momento: Aplicado entrevista semiestruturada com os candidatos (Apêndice A).

4º Momento: Realizado análise e interpretação dos dados.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas seguindo a análise de conteúdo, a partir da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados.

“Um dos procedimentos mais úteis para a investigação qualitativa é a formulação e organização dos dados em categorias” (LEOPARDI, 2002, p.223).

Categoria refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, são estabelecidas para classificar os eventos. Categorizar é agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito (LEOPARDI, 2002; MINAYO, 2009).

O processo de categorização é dividido em três fases:

- ✓ Organização do material coletado, por meio das unidades de registro, unidades de contexto, trechos significativos e categorias;
- ✓ Aplicação do material à organização;
- ✓ Tratamento dos dados. (LEOPARDI, 2002).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que assegura o sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências formais contidas na Resolução 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Os aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem deve ser assegurada aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa.

A pesquisa em seres humanos deverá sempre tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Na pesquisa foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa (Apêndice B).

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Estudo com objetivo de conhecer a percepção do adolescente e jovem adulto sobre a diabetes mellitus tipo I, em um programa de auto monitoramento glicêmico capilar de um município do sul catarinense. Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido com 10 usuários que frequentam o programa a mais de seis meses com diagnóstico também a mais de seis meses. Aplicou-se entrevista semiestruturada aos participantes do estudo. A análise dos dados qualitativos foi realizada a partir da análise de conteúdo preconizada por Minayo (2009).

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC pelo parecer nº 2.744.924/2018, iniciou-se a coleta de dados. Realizou-se a entrevista semiestruturada caracterizando-se o perfil dos entrevistados com levantamento do sexo; idade; estado civil; escolaridade; religião e as categorias norteadoras da pesquisa:

Categoria 1 - Conhecimento do entrevistado sobre a diabetes mellitus tipo I;

Categoria 2 - Reação e o impacto do diagnóstico da diabetes mellitus tipo I;

Categoria 3 - Caracterização da adesão ao tratamento dos entrevistados;

Categoria 4 - Dificuldades encontradas para a manutenção do tratamento;

Categoria 5 - Caracterização do apoio familiar para o enfrentamento da diabetes mellitus tipo I segundo o entrevistado;

Categoria 6 - Mudanças na qualidade de vida devido ao diagnóstico de diabetes mellitus tipo I;

Categoria 7 - Dúvidas referentes ao tema;

Categoria 8 - Orientações de enfermagem recebidas após o diagnóstico de diabetes mellitus tipo I;

Categoria 9 - Sugestões ao programa de automonitoramento glicêmico capilar (PAMGC).

Para preservar o sigilo decorrente das entrevistas realizadas, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a letra 'P' para os pacientes entrevistados; seguido do respectivo número -P1 a P10.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Em relação ao perfil dos entrevistados, foram 10 usuários do PAMGC, com idade que varia de 10 a 23 anos, tratando de 7 entrevistados do sexo feminino e 3 do sexo masculino. A predominância de estado civil foi de solteiros com a exceção de um entrevistado casado. Com relação ao grau de escolaridade, 3 entrevistados possuem ensino fundamental incompleto, 2 com ensino médio completo, 1 com ensino técnico completo, 3 com ensino superior incompleto, e 1 com ensino superior completo. Referente à religião dos entrevistados, 6 consideram-se católicos, 3 evangélicos e 1 não frequenta nenhuma religião.

Quadro 1 - Perfil dos entrevistados

Entrevistados	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Religião
P1	F	19 anos	Casada	Ensino Fundamental Incompleto	Evangélica
P2	F	22 anos	Solteira	Ensino Técnico Completo	Católica
P3	M	19 anos	Solteiro	Ensino Superior Incompleto	Evangélico
P4	F	21 anos	Solteira	Ensino Médio Completo	Católica
P5	M	19 anos	Solteiro	Ensino Superior Incompleto	Católico
P6	F	18 anos	Solteira	Ensino Médio Completo	Não possui religião
P7	F	22 anos	Solteira	Pós Graduação Incompleta	Católica
P8	F	23 anos	Solteira	Ensino Superior Incompleto	Católica
P9	M	10 anos	Solteiro	Ensino Fundamental Incompleto	Evangélico (Testemunha de Jeová)
P10	F	11 anos	Solteira	Ensino Fundamental Incompleto	Católica

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

4.1.1 Categoria 1 - Conhecimento do entrevistado sobre a diabetes mellitus tipo I

Nesta categoria os entrevistados responderam sobre o que é o diabetes mellitus tipo I. E sete deles colocaram que é o mau funcionamento do pâncreas como se vê nas falas abaixo (P2, P4, P5, P6, P7, P9 e P10):

“O organismo não produz insulina e aí não tem o que controlar a glicose no organismo.” (P2)

“O pâncreas que não fabrica mais a insulina.” (P4)

“Pâncreas já não produz a insulina.” (P5)

“Mau funcionamento do pâncreas.” (P6)

“Células que danificaram o funcionamento do meu pâncreas [...] não produzem insulina suficiente.” (P7)

“O pâncreas para de funcionar, no tipo um, ele fica acumulando muito açúcar.” (P9)

“É quando o pâncreas para de funcionar, não produz mais insulina.” (P10)

De acordo com a *American Diabetes Association* (ADA, 2010), a diabetes mellitus tipo I, pode ser classificada em tipo IA que é a autoimune ou imunemediada e o tipo IB não autoimune ou idiopático. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2018), o tipo IA é o mais encontrado, ela é confirmada pela positividade de um ou mais anticorpos, hoje ainda a sua fisiopatologia não é bem conhecida, ela envolve a predisposição genética, fatores ambientais que podem desencadear a resposta autoimune, além desses fatores, as infecções virais estão como uma das principais exposições ambientais a diabetes mellitus tipo I, assim como também componentes dietéticos e certas composições da microbiota intestinais.

Os marcadores conhecidos de autoimunidade são: anticorpo anti-ilhota (*isletcellantibody*, ICA), auto anticorpo anti-insulina (*insulinautoantibody*, IAA), anticorpo antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD65), anticorpo antitirosina-fosfatase IA-2 e IA-2B e anticorpo antitransportador de zinco (Znt8). Geralmente, esses auto anticorpos precedem a hiperglicemia por meses a anos, durante um estágio pré-diabético. Quanto maior o número de auto anticorpo presentes e mais elevados seus títulos, maior a chance de o indivíduo desenvolver a doença. (SBD, 2018, p.19, 20).

Já na diabetes mellitus tipo I B, ou idiopático, não é detectável os anticorpos na corrente sanguínea. No diagnóstico demonstra certas limitações, podendo ser até confundida com outros tipos de diabetes mellitus, pois a quantidade de anticorpos é pouca ou até mesmo nula. Diante das recomendações terapêuticas, devem ser as mesmas do tipo IA e não existem indícios de riscos diferentes para as complicações crônicas entre os outros subtipos. (SBD, 2018).

Considera-se que o conceito sobre diabetes mellitus tipo I entre os entrevistados, é limitado, quanto ao que realmente é a diabetes mellitus tipo I, pois

nas respostas foi encontrado apenas algo relacionado sobre a dificuldade de secreção de insulina do pâncreas, e nenhum dos entrevistados relatou sobre os anticorpos que ocasionam a destruição das células β .

Com isto, se deduz que o conhecimento perante a diabetes mellitus tipo I, segundo os entrevistados, está de focado no mau funcionamento do pâncreas, não focalizando na situação autoimune que acontece em alguns casos.

4.1.2 Categoria 2 - Reação e o impacto do diagnóstico da diabetes mellitus

Com relação à reação e ao impacto sofrido com o diagnóstico, seis dos entrevistados responderam que tiveram sentimentos que os abalaram emocionalmente. E com isso podemos verificar a partir de (P1, P2, P3, P7, P8, P9) descritas abaixo:

“Eu olhei para o rosto da médica com os olhos cheios d’água por que eu sei que é muito ruim.” (P1)

“Fiquei arrasada [...] fiquei abalada [...].” (P2)

“Olha, foi um baque bem forte.” (P3)

“Eu não lido bem por ser diabética até hoje, não aceito ser diabética, tenho dificuldades.” (P7)

“Então a primeira impressão foi mais o medo, não queria, não aceitei, na verdade até hoje eu não aceito, foi bem complicado e ainda é.” (P8)

“Fiquei assustado.” (P9)

Segundo Domenicoe Mendes-Castillo (2017), evidenciou-se que a diabetes mellitus tipo I não é identificada como fator desencadeador de algum transtorno psicológico, entretanto destaca-se que participantes do sexo feminino tem tendência a apresentar níveis de ansiedade significativos, podendo ser um fator de risco para a depressão.

Analisando os dados da pesquisa observou-se que dos dez entrevistados, sete são do sexo feminino, no processo das entrevistas, percebeu-se que dessas sete, apenas três (P1, P7, P8) apresentaram respostas referindo algum sofrimento psicológico devido à doença.

Outro fator importante que se percebe nesta categoria, foi à mudança de rotina. Sabemos que atualmente tanto na faixa etária do jovem adulto e principalmente na adolescência, devido à fase de grandes mudanças hormonais, o

adolescente fica mais suscetível à negação em períodos de alteração do seu cotidiano.

O tratamento da diabetes mellitus tipo I, gera uma mudança drástica na alimentação, dependendo de como é anteriormente os hábitos alimentares. Gerando uma grande dificuldade de aceitação em novos costumes, uma das características que teve a maior predomínio foi à queixa de novos da mudança no seu cardápio do dia-a-dia, nessa categoria os entrevistados (P1, P3, P4, P5, P7), apresentaram os seguintes relatos referentes à suas queixas principais.

“Não me cuidava, aí depois que descobri eu até me cuido quando ela tá muito alta.” (P1)

“O impacto foi que eu tive que mudar muito a minha rotina, a alimentação principalmente.” (P3)

“O impacto maior foi à mudança de rotina, até por que a tua alimentação muda.” (P4)

“O impacto maior foi à mudança na alimentação.” (P5)

No relato do entrevistado P5, enfatizou um ponto de vista positivo nas mudanças de hábitos de vida que o tratamento não medicamentoso trás ao cotidiano dos entrevistados.

“O impacto maior foi à mudança na alimentação que era ruim, trocar toda a alimentação, ter que ser tudo certinho, na hora certa e não poder comer nada demais, nenhum doce, mas no fim melhorou a alimentação, por que antes eu não cuidava de nada, ainda mais que eu era pequeno e só comia besteiras, mas no fim ajudou um monte, eu também não fazia exercício físico nenhum, mas ano passado comecei com academia.” (P5)

Conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2018), diz que o cuidado nutricional com a diabetes mellitus deve atuar de forma conjunta com o tratamento medicamentoso, ele vai agir auxiliando a alcançar um bom controle metabólico, assim como também reduzindo o risco das complicações. É evidenciado cientificamente segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes que o manejo nutricional revela um efeito expressivo na diminuição dos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c), tanto na diabetes mellitus tipo I e na diabetes mellitus tipo 2, após 3 a 6 meses de acompanhamento e avaliação nutricional.

Os pacientes que optam por uma alimentação saudável, apresentam resultados de hemoglobina glicada dentro dos padrões normais (4 a 6%), evidenciando uma melhora no manejo do tratamento da doença.

Além das respostas similares quanto aos sentimentos que envolviam os entrevistados e aos questionamentos na mudança de rotina, houve também alguns relatos (P3, P6) citando episódios de internação hospitalar, nesta categoria.

“Acabei ficando 19 dias internado.” (P3)

“Já fui direto para o hospital e acabei ficando internada.” (P6)

Sabe-se que atualmente o Sistema Único de Saúde é muito focado na prevenção de danos e riscos, quando abordamos o assunto diabetes mellitus tipo I, podemos discorrer que o atendimento ao paciente se dá início muitas vezes na atenção primária a saúde.

Tem-se apresentado atenção primária à saúde como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS. (MATTA; MOROSINI, 2008, p.44).

Um dos grandes objetivos no tratamento da diabetes mellitus tipo I, é reduzir os riscos de complicações e agravos que a doença pode acarretar ao paciente. Tendo isto em mente, podemos perceber que nos casos que foram relatados internação hospitalar, se expõe alguns fatores onde a atenção primária a saúde pode não estar sendo tão resolutivo como o que é colocado pelo ministério da saúde.

Segundo Mendes (2012), identifica problemas na atenção primária oriundos da atual situação sócio econômica do país, resultando na fragilidade das secretarias estaduais e municipais de saúde, gerando por consequência uma carência infra estrutural, equipamentos de baixa densidade tecnológica, a fragilidade no sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e entre tantos outros problemas.

O mesmo também cita em um exemplo que pacientes com diabetes mellitus seja tipo um ou dois, no momento que ocorre um descontrole metabólico, procura uma unidade de pronto atendimento 24 horas e se necessário é internado em uma unidade hospitalar. Entretanto nesses intervalos desses momentos agudos

da atual situação crônica, a atenção primária não estabelece uma continuidade integral. Fazendo assim que o portador de diabetes caminhe com o passar dos anos para uma retinopatia, nefropatia, amputação de membros inferiores e etc. Nesta razão, se percebeu que o sistema está atuando apenas para a correção e não na prevenção, como se tem colocado no conceito da atenção primária. Pois nesta forma de atendimento voltada as condições agudas em âmbito hospitalar e de pronto atendimento, não tem como intervir corretamente aos portadores de diabetes como o exemplo dado, sem eficácia para ações onde tem como finalidade promover um controle glicêmico, diminuir o sedentarismo, controlar o peso entre outros.

A partir das experiências acadêmicas pode-se observar nos estabelecimentos especializados que realizam o tratamento de doenças crônicas, que o agravamento da diabetes pode ocasionar nefropatia e amputações. Tratando de diabetes mellitus tipo I, essas complicações irão aparecer com maior possibilidade caso o auto cuidado não seja efetivo durante o processo de envelhecimento.

4.1.3 Categoria 3 - Caracterização da adesão ao tratamento dos entrevistados

Nas respostas sobre a adesão ao tratamento, os entrevistados (P2, P4, P8 e P10) reconhecem o uso da insulina como um fator crucial para a adesão ao tratamento da diabetes mellitus tipo I.

“Aplico a insulina todos os dias, às vezes eu acabo esquecendo.” (P2)

“Apenas quando dá algum pico da glicose eu aplico a insulina.” (P4)

“Faço a aplicação da insulina pra tá controlando.” (P8)

“Quando está muito alta tem que aplicar insulina pra baixar.” (P10)

Segundo o estudo de Pires e Chacra (2008) Reconhece que o tratamento intensivo da diabetes mellitus tipo I com insulina, tem como o objetivo o controle metabólico e adaptar a liberação diária da insulina pelas células- β . Sabe-se também que os métodos que se é prescrito o uso da mesma podem diminuir os riscos de complicações micro e macro vascular, tanto em crianças como em adultos. Esses métodos podem ser com o esquema basal ou pelas bombas de infusão contínua subcutânea de análogos rápidos de insulina.

Com relação à aplicação da insulina vale lembrar que é de fundamental importância seguir corretamente os horários e os locais de aplicação obedecendo a um sistema de rodízio destes locais. Não menos importantes são as informações

sobre como evitar e/ou prevenir as complicações causadas pela diabetes mellitus tipo I as quais devem ser repassadas também aos familiares que tem papel de apoio importante tanto no início do tratamento como também na sua continuidade. A dosagem da insulina deve ser ajustada pelo médico com as informações advindas das pessoas com diabetes mellitus tipo I e também dos familiares.

Sabe-se que a aplicação da insulina é um dos procedimentos fundamentais para que haja o controle da glicemia. E mesmo assim observou-se a partir das entrevistas que é comum o paciente usar como eles acham que deveriam aplicar e não como deveria ser aplicado, portanto não seguem as orientações médicas.

4.1.4 Categoria 4 - Dificuldades encontradas para a manutenção do tratamento

Nesta categoria os entrevistados apontaram basicamente três dificuldades, uma relacionada a aplicação da insulina colocada por (P1, P3, P6 P7, P10), outra dificuldade é com relação a alimentação conforme os entrevistados (P2, P7, P8 e P9). E a terceira dificuldade está voltada para o controle glicêmico mais precisamente ao hemoglicoteste (HGT) destacado aqui por (P4 e P5).

As falas que colocam a aplicação da insulina como maior dificuldade para manutenção do tratamento são as seguintes:

“Em ter que estar furando a barriga.” (P1)

“É ter que me furar todos os dias pra aplicar a insulina.” (P3)

“É muito difícil, ter que aplicar a insulina na rua por que as pessoas te olham estranho, por mais que seja uma doença comum hoje em dia muita pessoas tem certo preconceito.” (P6)

“É muito ruim quando eu tenho que dormir fora de casa, por que aí eu tenho que pegar a insulina, e se não tiver a geladeira eu não posso ir.” (P7)

“Ter que ficar aplicando insulina toda hora.” (P10)

Conforme Flora e Gameiro (2016), dizem que a diabetes mellitus tipo I é de um grande impacto na vida do adolescente e jovem adulto, na dimensão de ajustar a insulina e verificação da glicemia, se identificou que quase metade dos entrevistados relatou ter grandes dificuldades, esses autores também falam que as estratégias e intervenções da enfermagem devem agir com objetivo de reforçar a

capacidade de organização e estimulando a autonomia do paciente, sempre avaliando as condições socioculturais, estabilidade emocional e familiar.

Os entrevistados que destacaram a alimentação como maior dificuldade, tem suas falas descritas abaixo:

“É a alimentação, a alimentação é bem complicada pra mim.” (P2)

“A questão de o controle alimentar pra mim é bem difícil.” (P7)

“O que dificulta pra eu fazer isso é na comida e nas besteiras sabe, têm dias que eu não quero nem saber, eu vou lá e compro barras de chocolate e como tudo escondido.” (P8)

“É difícil às vezes pra eu não comer ou comer, pra mim é meio que um pouco difícil.” (P9)

E por último as falas dos entrevistados que tem como dificuldade maior para manter seu tratamento a realização do hemoglicoteste.

“Antes eu sentia dificuldade, dor, nas pontas dos dedos por causa do aparelhinho [...] às vezes eu estava na sala e sujava tudo as folhas.” (P4)

“É, que pra medir antes de comer, aplicar a insulina, às vezes demora um pouco, [...] por que eu não gostava já que estava com meus amigos, e tinha que parar pra medir e tudo mais antes de comer, [...] aqui na faculdade eu sempre trago [...] eu tinha mais vergonha no começo quando ia a restaurante, comer fora por exemplo.” (P5)

Devido às alterações fisiológicas causadas pela doença se dá a importância de realizar o controle glicêmico, para a monitorização dos níveis de glicose. Este que visa a redução dos níveis de glicose em jejum entre 90 a 130 mg/dl e ao dormir entre 90 a 150 mg/dl. Os testes de glicemia podem ser realizados laboratorialmente ou no domicílio, que refletem no nível glicêmico atual e imediato, no momento em que foi realizado. (ALENCAR et al., 2018, p.2017).

Os métodos mais comuns de monitorização glicêmica é a realização do hemoglicoteste e hemoglobina glicada (HbA1c). O hemoglicoteste é um teste quantitativo para a glicose, o método para obter o resultado da concentração de glicose é baseado na fotometria de refletância ou eletroquímica, após a coleta de uma pequena amostra de sangue capilar. (BORNHAUSEN et al., 2014, p.174.).

Outro método para o acompanhamento do controle glicêmico é o exame laboratorial da hemoglobina glicada (HbA1c). Segundo Sumita (2014), a HbA1c foi

aderida aos exames de diagnóstico a diabetes mellitus desde 2010 pela Associação Americana de Diabetes (ADA).

Dos dez entrevistados, nove realizam o hemoglicoteste com os insumos que o programa de automonitoramento glicêmico capilar oferece apenas um entrevistado (P4) faz o monitoramento de outra forma.

“Em conversa com a minha endócrino, e através de pesquisas na internet, foi assim que eu descobri o LIBRE® e parei de usar o hgt.” (P4)

O aparelho FreeStyle Libre® é um monitorador glicêmico é um pequeno sensor (semelhante a uma moeda de 1 real), aplicado na parte posterior superior do braço, mede de forma contínua as leituras da glicose e armazena os dados durante o dia e a noite. O leitor captura as informações do sensor por meio de um rápido scan de 1 segundo, inclusive sobre a roupa, o paciente pode tomar banho, nadar ou praticar exercícios físicos.

O sensor do FreeStyle Libre® foi desenvolvido para ser resistente à água e durar até 14 dias. A cada scan, o leitor mostra um gráfico com o passado, o presente e o futuro da glicose do paciente. O passado é apresentado por meio do histórico das últimas 8 horas. O presente é a glicose no momento do scan. O futuro é mostrado por meio de uma seta que indica a tendência da sua glicose (ABBOTT, 2016).

Identifica-se que grande maioria dos pacientes faz a monitorização glicêmica através do hemoglicoteste devido à facilidade de acesso ao material, e fornecimento gratuito pelo SUS. Apenas um entrevistado não faz uso do hemoglicoteste para monitoramento glicêmico capilar diário, pois possui acesso ao FreeStyle Libre® devido as melhores condições socioeconômica.

4.1.5 Categoria 5 - Caracterização do apoio familiar para o enfrentamento da diabetes mellitus tipo I segundo o entrevistado

As respostas encontradas nesta categoria foram bem similares quanto ao apoio familiar, tendo destaque o papel da mãe que por ser a pessoa que geralmente cuida da alimentação de toda família acaba influenciando e incentivando mudanças dos hábitos alimentares também dos familiares que não tem diabetes. Isso ajuda a motivar o início do tratamento e dar continuidade também.

“A mãe ajudou sabe, mudo bastante a alimentação da família.” (P3)

“A minha mãe no começo ela ficava mais preocupada, mais hoje tipo assim ela tem que fazer algo mais saudável.” (P4)

“Mais é a minha mãe [...] ela que cuida da alimentação e também na questão dos sintomas, às vezes ela percebe os sintomas até mesmo antes que eu.” (P7)

“Olha, todos eles, são bem amigos, todos mesmo, tio, vó, vô, pai, mãe, irmão, todos mesmo sabe, eles tentam, tipo, se vai ter alguma coisa, tentam pra que eu possa fazer também.” (P8)

“Meu pai, meu padrasto também, a minha mãe, eles ajudam muito porque muitas vezes eu não sei se é uma coisa tão ruim assim ou uma coisa boa pra mim, daí eu pergunto pra eles.” (P9)

De acordo com Cruz et al. (2016), o cuidado geralmente recaiu sobre a mãe, pois ela em que maioria dos casos é a responsável por sempre controlar a alimentação da casa além de incentivar a realizar atividades físicas e realizar o controle glicêmico, aplicar a insulina e também a ensinar ao uso da mesma. Com isso se faz necessário que a equipe que atende a família do portador da doença tenha conhecimento das rotinas da família, para que amplie a percepção dos cuidados para a família.

Segundo Souza et al.(2011), conta que para o controle da doença é fundamental o apoio da família e amigos, além disso, o mesmo autor revela que as mães se sentem com medo e angustiadas pelo fato de seus filhos serem portadores de uma doença crônica e pelas incertezas quanto ao tratamento.

A preocupação das mães refere-se às ocorrências constantes de descompensação, que traduzem a falta de equilíbrio da situação metabólica, gerando maior possibilidade de a criança vir a desenvolver complicações, o que compromete sua qualidade de vida no futuro. (SOUZA et al., 2011, p.47).

Com isto, percebe-se da importância do papel que a mãe tem para a manutenção do tratamento. A mãe fica responsável pela organização da rotina de cuidados com a doença, precisa lidar com os sentimentos de dúvidas e inseguranças sobre a saúde do filho desde que recebe o diagnóstico, até os efeitos que a doença pode provocar ao longo dos anos. É importante que a equipe multiprofissional que acompanha esse indivíduo, atue também com educações em saúde voltadas para os familiares.

4.1.6 Categoria 6 - Mudanças na qualidade de vida devido ao diagnóstico de diabetes mellitus tipo I

Em vários momentos da entrevista a alimentação foi citada pelos entrevistados, e quando questionamos sobre as mudanças na qualidade de vida isso ficou ainda mais evidente, como podemos constatar nas falas a seguir:

“Medo de comer por causa da diabetes.” (P1)

“Eu não posso comer tanto se não ela aumenta, então é difícil.” (P6)

“O fato que eu tenho que estar cuidando da alimentação.” (P7)

“O que mais me atrapalha é a alimentação.” (P8)

“Nossa mudou tudo, a forma de comer, a alimentação, fazer exercício físico, antes eu não fazia absolutamente nada.” (P4)

“Melhorou bastante, eu to comendo bem melhor, alimentos mais saudáveis, comecei exercício físico regular.” (P5)

“A gente acaba se alimentando melhor.” (P6)

“Estou evitando mais alimentos que são muito doces ou faz muito mal pra mim.” (P9)

“Fiquei mais saudável, estou cuidando mais da alimentação, agora eu faço exercício físico.” (P10)

“O tratamento da diabetes mellitus tipo I interfere no estilo de vida, é complicado, doloroso, depende de autodisciplina e é essencial à sobrevivência do paciente” (PERES, 2017, p.1198).

Conforme Faria et al. (2013), apresenta que a qualidade de vida de uma forma geral engloba fatores marcados pela subjetividade, tais como; o bem-estar, satisfação do sujeito com sua condição física, seu estado emocional e espiritual. Essas atitudes e valores atuam diretamente na qualidade da participação social em diversas esferas da vida. Quando a qualidade de vida está relacionada à saúde reflete a intenção de quantificar as repercussões de uma enfermidade e seu tratamento, de acordo com a percepção que as pessoas apresentam sobre sua capacidade para desenvolver suas potencialidades e ter uma vida plena. A qualidade de vida quando nos reportamos à saúde está relacionada com a percepção que a pessoa tem tanto do impacto da sua disfunção quanto de sua existência.

Analisando as falas dos entrevistados podemos constatar que existem dois pontos de vista distintos (P1, P6, P7 e P8) colocam a alimentação como um fator negativo para sua qualidade de vida, ou seja, o cuidado com a alimentação é o que mais preocupa é o que trás mais dificuldades no seu dia a dia, enquanto (P4, P5, P6, P9 e P10) apontam a alimentação como um fator positivo na sua qualidade de vida, devido às mudanças nos hábitos da vida diária, fazendo assim com que se sentissem mais saudáveis, melhorando do mesmo modo sua qualidade de vida.

É importante salientar na diabetes mellitus tipo I, assim como em outras doenças crônicas, geram certa mudança no estilo de vida se da com mais dificuldade devido às alterações no cardápio diário, ainda mais com o fato de que as mudanças não são somente na alimentação e sim junto com uma ampla modificação no dia a dia, como por exemplo, inserção de exercícios físicos diários, monitoramento da glicemia capilar e aplicação da insulina subcutânea, que acabam gerando novas rotinas ao paciente.

4.1.7 Categoria 7 - Dúvidas referente ao tema

Dos dez entrevistados oito relataram não ter qualquer dúvida sobre a DM tipo I, apenas dois (P7 e P8) apontaram alguma dúvida com relação à pesquisa em torno das células tronco e transplante de pâncreas:

“Apenas em relação às células tronco, que estão demorando muito.” (P7)

“Eu me pergunto sobre o transplante de pâncreas.” (P8)

Até o momento a diabetes mellitus tipo I ainda não pode ser prevenido, mas existem estratégias com o objetivo de modular a resposta autoimune, já foram criadas estratégias através das células-tronco embrionárias por meio de isolamento e proliferação de células progenitoras das ilhotas que estão em evolução. (DIB; TSCHIEDEL; NERY, 2008).

Em relação ao transplante de pâncreas, sabe-se que já foram realizados poucos transplantes de um segmento de pâncreas e de ilhotas isoladas, estes procedimentos são considerados muito difíceis e associados a grandes níveis de complicações de rejeição ou o tratamento de imunossupressão. (KLIEGMAN et al., 2014, p.1987).

4.1.8 Categoria 8 - Orientações de enfermagem recebidas após o diagnóstico de diabetes mellitus tipo I

Os cuidados de enfermagem mais mencionados durante as entrevistas foram referente às orientações para com o controle da dieta alimentar e a importância de alternar os locais de aplicação da insulina, conforme podemos observar nas falas a seguir:

“Elas pedem pra eu me cuidar, não comer muito doce.” (P1)

“Para eu tomar cuidado com a alimentação pra ter uma boa qualidade de vida.” (P3)

“Eu tive aula aqui na UNESC sobre alimentação.” (P6)

“Orientações, cuidar com o carboidrato, exercício.” (10)

Apareceram também relatos (P2, P6, P7 e P9) sobre as orientações quanto aos locais de aplicação de insulina, podemos evidenciar este fato nas falas abaixo descritas:

“Ajudaram também a me orientar a aonde que eu podia aplicar a insulina.” (P2)

“Com o tempo eu aprendi com uma enfermeira que eu tenho que revezar nos lugares.” (P6)

“Recebi, em relação aos locais de aplicação.” (P7)

“Quando a gente foi lá na UNESC, foi explicado tudo direitinho, com aplicar, como não aplicar, onde pode ou que não pode.” (P9)

Dois entre os dez entrevistados relataram ter recebido informações fora do PAMGC. Um por iniciativa própria realizando pesquisa e outro através do seu médico. (P7 e P8):

“A maioria das coisas que eu aprendi foi pesquisando e lendo.” (P7)

“Quem passou mesmo a parte de aplicação, remédio, essas coisas foram direto no médico.” (P8)

A realização de atividades á assistência de saúde, proporcionam aos pacientes e enfermeiros uma maior aproximação e sucesso na adesão ao tratamento, ofertando uma assistência á saúde mais qualificada, tendo uma abordagem holística e humanizada (COSTA et al., 2016).

Segundo Prado, Macedo e Lordani (2014, p.124), “o trabalho dos enfermeiros para prevenção da patologia, as orientações e encaminhamentos

realizados pelos enfermeiros são imprescindíveis, essas intervenções auxiliam na detecção precoce da doença.”

O cuidado multidisciplinar é indispensável para a manutenção do tratamento e melhor qualidade de vida dos indivíduos com o diagnóstico de Diabetes mellitus Tipo I. Por se tratar de uma doença crônica, que pode resultar em complicações graves com ao longo do progresso da doença. A enfermagem tem o papel de minimizar, prevenir e evitar os agravos da doença, assim como, promover educações em saúde referente ao tema, para que a doença possa ser diagnosticada o mais breve possível.

4.1.9 Categoria 9 - Sugestões ao programa de automonitoramento glicêmico capilar (PAMGC)

Nesta categoria, alguns entrevistados como (P1 e P3) foram bem enfáticos, colocando que no momento não tinham sugestões ao programa.

“Não tenho nada a sugerir.” (P1)

“No momento não tenho nada a colocar.” (P3)

“Eu acho que pra melhorar, eu não vejo que precisa ser melhorado sabe”... (P6)

Dos entrevistados (P2, P4, P5 e P8) descreveram que não tinham o que citar, por que não participam assiduamente do programa, já que, quem faz a retirada dos insumos é o pai ou a mãe.

“Eu não vou muito lá por que quem vai mais é o meu pai.” (P2)

“Eu não conheço muito, por que como eu disse quem vai mais lá é a mãe.” (P4)

“Não sei por que quem mais conhece aqui é a mãe.” (P5)

“E quem pega ainda é a minha mãe.” (P8)

Três dos entrevistados relataram sugestões; um com relação a possibilidade de um trabalho multidisciplinar no PAMGC, outro sugerindo que os insumos para crianças e adolescentes fossem em um mesmo local, e outra sugestão foi a criação de um serviço voltado para crianças. (P7, P9 e P10)

“Trabalhar com a multidisciplinaridade só que pelo que eu vejo é mais individual, os profissionais não estão trabalhando de uma forma integral, aí é uma sugestão na verdade.” (P7)

“[...] sempre fui bem atendida, sempre consegui pegar lá os insumos direitinho e podia ser tudo junto né!? A parte dos insumos e da UNESC junto, que pra ele não é, facilitava, mas pra mim tá tudo certo. Eu pego as fitas ali na prefeitura, na criança saudável e as insulinas na UNESC.” (Mãe P9)

“[...] acesso á psicóloga ou palestras, principalmente para crianças para que pudessem aceitar o tratamento, tipo assim um grupo de apoio pra crianças, explicando o que é o diabetes.” (P10)

Há um número considerável de familiares que se responsabilizam em comparecer no PAMGC para receberem as orientações e insumos, seja para os adolescentes como também para os adultos/jovens. Isso geralmente acontece devido à frequência nas escolas, pelo pouco comprometimento e também devido ao trabalho. Dentre os familiares as mães são as que mais comparecem.

Alguns familiares tem apontado dificuldades relacionada ao serviço dispensado à crianças e adolescente até 18 anos os quais devem se dirigir a dois locais distintos para receberem os materiais necessários ao PAMGC e aplicação de insulina (insulinas, seringas, lancetas na PAMGC e as fitas para HGT no criança saudável).

Além do atendimento de enfermagem, o PAMGC pode contar com a participação dos profissionais da Residência Multiprofissional da UNESC (Enfermeira (o), fisioterapeutas, nutricionistas, psicologia, educadores físico, e odontólogos). Outros serviços que podem ser acionados na UNESC: ambulatório de feridas, NUPREVIPS (Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da saúde) e em algumas situações a consulta médica especializada (Endocrinologia).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas de uma forma geral trazem consigo muitas complicações, a diabetes mellitus tipo I não é diferente, tem-se observado em estágios curriculares a existência de um percentual significativo de pessoas que realizam hemodiálise devido à insuficiência renal causada pela diabetes mellitus. Outro ponto que chama atenção é o número de pessoas com amputação de membros superiores ou inferiores, também relacionado à diabetes mellitus.

O presente trabalho teve como intuito identificar o enfrentamento do adolescente e jovem adulto sobre o diagnóstico da diabetes mellitus tipo I. Acredita-se que conhecendo os enfrentamentos e dificuldades encontradas pelas pessoas com diagnósticos de diabetes mellitus tipo I pode-se diminuir ou minimizar as complicações da referida doença dando a estas pessoas a possibilidade de melhorar sua qualidade de vida. Pode-se dizer que o objetivo deste estudo foi alcançado, já que muitos relataram como reagiram no momento do diagnóstico, assim como também os relatos de como realizam o tratamento, seja na aplicação diária da insulina, monitoramento glicêmico capilar, mudanças nos hábitos de vida, seja iniciando exercícios físicos diários e alimentação, as mesmas em contrapartida são as maiores queixas e dificuldades para a continuidade exata do tratamento.

Os pressupostos foram confirmados parcialmente, pois, percebeu-se que há impacto psicológico com o diagnóstico, existe falta de recurso financeiro para um tratamento menos invasivo, mas não ficou claro se as questões voltadas a compreensão das mudanças provocadas pela doença pode melhorar a adesão ao tratamento e também se as orientações de enfermagem prestadas ao adolescente e jovem adulto são essenciais para adaptação ao processo de tratamento, já que nos casos dos entrevistados poucos tem contato com o enfermeiro, pois quem fica responsável em receber os insumos e orientações são os familiares.

Os dados obtidos referentes às orientações de enfermagem mostram que o PAMGC apresenta resolutividade nos serviços oferecidos aos usuários, resultando em um processo saúde doença melhorado, exercendo com que a qualidade de vida e a adesão aos cuidados sejam mais eficazes. Salienta-se também a grande relevância que o programa de automonitoramento glicêmico capilar oferece para a comunidade, pois o objetivo principal do programa vem como as orientações quando

a doença e seu tratamento e a dispensação dos insumos em segundo plano, valorizando assim a educação em saúde para os frequentadores do programa.

No decorrer da pesquisa, encontraram-se alguns obstáculos para realização da mesma, podendo destacar aqui as dificuldades para realizar o primeiro contato com o entrevistado, através de ligações não atendidas, mensagens não respondidas e dados de telefone desatualizados. Dos entrevistados que se conseguiu contato, outro problema surgiu foi o agendamento da entrevista e local para realização da mesma, com isto, foi colocado um local de fácil acesso para o entrevistado com fim de facilitar para a realização.

Constatou-se que o público alvo possuiu um conhecimento limitado em relação ao processo fisiológico de adoecimento, no entanto buscam informações, através da equipe de profissionais de saúde ou buscando por conta própria em outros meios. Em grande maioria eles compreendem como o tratamento deve ser seguido, porém relatam alguns episódios de falha no seguimento das orientações e cuidados. Com relação ao enfrentamento da doença, foi identificado que existe certa dificuldade para aceitarem que possuem uma doença crônica, isso, pode gerar um desconforto emocional, influenciando no prognóstico.

Nesta perceptiva considera-se que a abordagem da temática em novas pesquisas se torna válida com o fim de ampliar os conhecimentos referentes à linha de pesquisa para que exista um maior esclarecimento quanto às dúvidas que os doentes crônicos possuem e assim como os profissionais estejam preparados para o reconhecimento precoce dos sinais da doença. Visando atividades educativas para o público alvo. E incentivar novas pesquisas sobre o tema, tanto como na questão fisiopatológica procurando uma cura e assim como também para a saúde mental dos indivíduos que possam desenvolver ou já tenham desenvolvido a doença.

REFERÊNCIAS

ABBOTT. **FreeStyle Libre**: Sistema de Flash de Monitoramento Glicose. 2016. Disponível em: <<https://www.freestylelibre.com.br/index.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

ADA. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**. Alexandria, v. 33, Suppl. 1, p. S62-69, 2010.

ALENCAR, Isabele Gouveia Muniz de et al. Monitorização glicêmica de adolescentes brasileiros com diabetes tipo I. **Rev Enfermagem Ufpe On Line**. Recife, v. 12, n. 7, p. 2012-2020, jul. 2018.

BORNHAUSEN, Ana Paula et al. Hemoglicoteste: influência dos locais de punção sobre os níveis de glicose e intensidade de dor. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. Lages, v. 39, n. 3, p. 173-176, set. 2014.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Revista da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**. Semestral. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 63-76, jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. Cadernos de Atenção Básica, n. 16, série A. **Normas e Manuais Técnicos**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf>. Acesso em: 18 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. **Diário Oficial da União**. Brasília; 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do adolescente e do Jovem. **Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf>. Acesso em: 18 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes mellitus. **Cadernos de Atenção Básica, 36**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

COSTA, Jane Ruth Gadelha et al. Educação em saúde sobre atenção alimentar: uma estratégia de intervenção em enfermagem aos portadores de diabetes mellitus. **Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem**. Quixadá, Ce, v. 2, n. 1, p.01-04, jun. 2016. Disponível em: <<http://201.20.115.105/home/bitstream/123456789/559/1/1111-3146-1-PB.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

CRUZ, Déa Silvia Moura da et al. Vivências de mães de crianças diabéticas. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170002, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100202&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170002>.

DAMIÃO, E. B. C;PINTO, C. M. M. “Beingtransformedbyillness”: adolescents’ diabetes experience. **Revista Latino Americana de Enfermagem**.V. 15, n. 4, p. 568-574, 2007.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. Adolescente/adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 2, p.131-140, jun. 2009.

DIB, Sergio Atala; TSCHIEDEL, Balduino; NERY, Marcia. Diabetes melitotipo I: pesquisa à clínica. **ArqBrasEndocrinolMetab**. São Paulo, v. 52, n. 2, p. 143-145,mar.2008.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov.2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302008000200001>.

DOMENICO, Carolina Teixeira de; MENDES-CASTILLO, Ana Márcia Chiaradia. Apoio social da criança com diabetes tipo I e sua família. **RevEnfermUfpe**. Campinas, v. 11, n. 12, p.5020-5027, dez. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a15211p5020-5027-2017>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

FLORA, Marília Costa; GAMEIRO, Manuel Gonçalves Henriques. Dificuldades no autocuidado dos adolescentes com diabetes mellitus tipo I. **Rev. Enf. Ref**. Coimbra, v. ser IV, n. 11, p. 31-40, dez. 2016. Disponível em:<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2018.<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16062>.

FREITAS, Elizabete Viana de et al (Org.). **Manual Prático de Geriatria**. Rio de Janeiro: A. C. Farmacêutica, 2014. 412 p.

FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**.4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 1651 p.

GARDNER, David G; SHOBACK, Dolores. **Endocrinologia básica e clínica de Greenspan**. 9. ed. Porto Alegre: Amgh, 2013. 879 p.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. SP: Atlas, 2002. 175 p.
GRECO-SOARES, Juliana Prytula; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Relações entre qualidade de vida e diabetes mellitus tipo I na adolescência. **Contextos Clínicos**. Porto Alegre, v. 2, n. 9, dez. 2016. p.159-167.

KATZUNG, Bertram G; MASTERS, Susan B; TREVOR, Anthony J. (Org.). **Farmacologia Básica e Clínica**. 12. ed. Porto Alegre: Amgh, 2014. 1228 p.

KLIEGMAN, Robert M et al. **Nelson tratado de pediatria**. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 2464 p.

KNOBEL, M. A Síndrome da adolescência normal. **Aberastury & M. Knobel Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p.24-62.

KUMAR, Vinay et al. **Robbins e Cotran: Bases patológicas das doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 1457 p.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção primária à saúde**. Rio de Janeiro: Epsjv, 2008. 478 p. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**. 2012. p. 512.

MINANNI, Carlos André et al. Abordagem integral do adolescente com diabetes. **Adolescência & Saúde**. São Paulo, v. 7, n. 1, p.45-52, jan. 2010. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=181>. Acesso em: 20 maio 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 108 p.

NÓBREGA, Fernando José de. **Distúrbios da nutrição: Na infância e na adolescência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2007. 602 p.

PERES, Silvia Helena de Carvalho et al. Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo I: uma revisão sistemática. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1197-1206, apr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401197&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 23 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015214.20242015>.

PIRES, Antônio Carlos; CHACRA, Antônio Roberto. A evolução da insulinoterapia no diabetes melitotipo I. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, v. 52, n. 2, p. 268-278,

mar.2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 oct.2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302008000200014>.

PRADO, Daiane Barcé; MACEDO, Edinice; LORDANI, Tarcísio Vitor Augusto. A assistência de enfermagem visando a prevenção da cegueira por retinopatia diabética em uma instituição hospitalar no município de Cascavel-PR. **Revista Thêma Et Scientia**. Cascavel, Pr, v. 4, n. 1, p.118-126, jun. 2014. Disponível em: <<https://www.fag.edu.br/upload/arquivo/1431177649.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

QUEIROZ, F. A; PACE, A. M, SANTOS, C. B. Adaptação cultural e validação do instrumento diabetes - 39 (d-39):Versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2 - Fase. **Revista Latino Americana de Enfermagem**.V. 17, n. 5, 2009. p. 708-71.

SALCI, Maria Aparecida et al. Um olhar para a prevenção das complicações crônicas do diabetes sob as lentes da complexidade. **Rev. Texto Contexto Enferm**. Maringá, v. 27, n. 1, 2018.

SANTOS, Sonia et al.Impacto da doença crônica na adolescência. **Rev. Nascer e Crescer**. Viseu, vol. 20, n. 1, 2011. p. 16-19.

SBD. **Sociedade Brasileira de Diabetes**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. Organização : Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo : Editora Clannad, 2017.

SBD. **Sociedade Brasileira de Diabetes**. O que é enfermagem. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. Organização: Sonia Aurora Alves Grossi e Paula Maria Pascali. São Paulo, 2018.

SOUZA, Ilana Vanina Bezerra de et al. PERCEPÇÃO DAS MÃES FRENTE AO DIAGNÓSTICO DO FILHO COM DIABETES MELLITUS TIPO 1. **Cogitare Enfermagem**, João Pessoa/pb, v. 16, n. 1, p.43-48, mar. 2011. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/21110/13936>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

SUMITA, Nairo. Hemoglobina Glicada: Marcador é considerado parâmetro importante na avaliação do controle do diabetes mellitus. **Revista Notícias-medicina Laboratorial**: Revista Informativa da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica, São Paulo, v. 6, n. 63, p.9-11, ago. 2014.

APÊNDICE (S)

APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS FREQUENTADORES DO PAMGC

Perfil do sujeito entrevistado:	
1. Número do Prontuário:	2. Idade:
3. Gênero: () Masculino () Feminino	
4. Estado Civil:	
5. Escolaridade:	
6. Religião:	

7. O que conhece sobre DM?
8. Como você reagiu com o diagnóstico de DM? Qual o impacto do diagnóstico na sua vida?
9. Como está sua adesão ao tratamento da diabetes mellitus I?
10. Quais as suas dificuldades para à manutenção tratamento?
11. De que maneira seus familiares o auxiliam com o enfrentamento da doença?
12. Quais as mudanças que ocorreu na sua qualidade de vida decorrentes da DM I?
13. Quais as orientações de enfermagem que você recebeu sobre a doença?
14. Você tem alguma dúvida referente ao tema?
15. O que você gostaria de sugerir ao Programa de Automonitoramento Glicêmico Capilar-PAMGC?

APÊNDICE B - TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Título da Pesquisa: O Enfrentamento Do Adolescente E Jovem Adulto Sobre O Diagnóstico De Diabetes Mellitus Tipo I

Objetivo: O presente estudo tem como finalidade identificar o enfrentamento do adolescente e jovem adulto no diagnóstico de diabetes mellitus I.

Período da coleta de dados: 01/07/2018 a 30/09/2018.

Tempo estimado para cada coleta: 30 minutos.

Local da coleta: Clínica de Enfermagem da UNESC, onde se situa o Programa de Auto Monitoramento Glicêmico – PAMGC, ou local de melhor acesso ao entrevistado.

Pesquisador/Orientador: Sônia Maria Correa. **Telefone:** (48) 99604-5309

Pesquisador/Acadêmico: Crislane Nunes Ribeiro. **Telefone:** (48) 99934-3286

Pesquisador/Acadêmico: Gabriel Wichinheski Nazário. **Telefone:** (48) 99585932

10ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não haverá despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 510/2016, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
--

<p>Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo será desenvolvido com adolescentes e jovens adultos frequentadores do Programa de Auto Monitoramento Glicêmico–PAMGC do município de Criciúma-SC, com a utilização do seguinte procedimento:</p>
--

<p>- Entrevista semi-estruturada. 30 minutos.</p>

RISCOS

<p>Perda da confidencialidade dos dados e este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os dados pessoais do paciente. E a lembrança de memórias que podem trazer um grande pesar para o sujeito, de momentos que para ele foi muito difícil.</p>

<p>Existe um risco mínimo para a aplicação da entrevista, sendo que será resguardado os valores éticos recomendados pela Resolução 510/2016 da Pesquisa com seres humanos; sendo garantido aos sujeitos participantes o anonimato e sigilo referente às entrevistas; com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de aplicação.</p>

BENEFÍCIOS

<p>Identificar as dificuldades de enfrentamento dos adolescentes e jovens adultos frequentadores do Programa de Auto Monitoramento Glicêmico–PAMGC. E também no momento da entrevista que possa ser usada como uma atividade de educação em saúde, onde o sujeito possa tirar suas dúvidas perante o conteúdo abordado com isso incentivar novas pesquisas na área e desenvolver praticas de assistência em enfermagem para contribuir na melhora da qualidade de vida desses indivíduos.</p>

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessária, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 510/2016.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com os(as) pesquisadores(as) **Crislane Nunes Ribeiro** pelo telefone **(48) 9 99343286** e/ou pelo e-mail **khريس_nr@hotmail.com** e **Gabriel Wichinheski Nazário** pelo telefone **(48) 99585932** e/ou pelo e-mail **gabrielwichinheski@gmail.com**

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os

direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
<hr/> <p style="text-align: center;">Assinatura</p> <p>Nome:</p> <hr/> <p>CPF: _____._____._____ - ____</p>	<hr/> <p style="text-align: center;">Assinatura</p> <p>Nome:</p> <hr/> <p>CPF: _____._____._____ - ____</p>

Criciúma (SC), ____ de _____ de 2018.